Dr P. LANTUÉJOUL

Titres

ET

Travaux Scientifiques



A. LEGRAND, Editeur à PARIS



1 L.

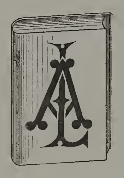
TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur P. LANTUÉJOUL



PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93
—
1926

Titres Universitaires et Hospitaliers

Externe des Hôpitaux (Concours de 1908), prix Arnal.
Licencié ès sciences (1913).
Interne des hôpitaux (Concours de 1913), prix Burlaud.
Docteur en médecine (1921).
Lauréat de la Faculté (médaille d'argent).
Chef de Clinique à la Faculté (1921-1925).
Lauréat de l'Académie de Médecine : Prix Jacquemier (1922).
Admissible au concours d'agrégation en 1923.
Admissible au concours des hôpitaux en 1925-1927-1931.
Accoucheur des hôpitaux : 12 juin 1931.
Accoucheur assistant de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis : octobre 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre adjoint de la Société Anatomique (1921).
Membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris (1922).
Secrétaire des séances du 2e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française (1921).
Secrétaire annuel des séances de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (1924).
Trésorier de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris et de l'Association de Gynécologues et Obstétriciens de langue française : (1933).

ENSEIGNEMENT

Leçons théoriques à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Docteur Demelin (1921).

Cours théoriques d'Anatomie et de Physiologie aux élèves sages-femmes, à la Clinique Obstétricale de la Pitié (1921-1922).

Leçons théoriques et cliniques à la Clinique Tarnier, dans le service du Professeur Bar et du Professeur Brindeau (1921-1933).

Collaboration au cours de perfectionnement du jeudi soir, à la Clinique Tarnier (1924-1933).

TITRES MILITAIRES

Trente-quatre mois dans l'infanterie.

Deux blessures : plaie du cuir chevelu par éclat d'obus ; plaie de la région sous-scapulaire gauche, avec violente contusion de l'épaule, par éclat d'obus.

Deux citations, ordre du régiment et ordre de l'armée :

ORDRE DU RÉGIMENT :

Le médecin auxiliaire Lantuéjoul, 5me bataillon (avril 1915) :

« Dans la nuit du 13 au 14 avril et dans la journée du 14, devant « Mametz, a fait preuve d'un zèle, d'une activité et d'un sang-froid « dignes d'éloges en pansant tous les blessés à son poste médical « de Bataillon. S'est dépensé, en cette circonstance, dans des « conditions particulières d'endurance et de dévouement. S'était « déjà remarquablement conduit antérieurement, notamment le « 13 septembre à la Neuville ».

ORDRE DE L'ARMÉE :

Le médecin auxiliaire Lantuéjoul, du 319me Régiment d'Infanterie :

« A été blessé le 30 mai en passant la visite dans les tranchées « de première ligne, a refusé d'être évacué et a continué son « service ; blessé une seconde fois, quatre heures plus tard, ne « s'est laissé évacuer que sur l'ordre formel de son chef de batail- « lon. A repris son service au régiment quelques jours plus tard « sans être complètement guéri » (Juin 1915).

Chevalier de la Légion d'Honneur (1922).

Publication Didactique

Collaboration à *La Pratique de l'Art des Accouchements,* par A. Brindeau.

La quatrième édition de ce traité paraît en 1926. M. Brindeau a bien voulu nous faire l'honneur de nous prendre comme collaborateur pour la rédaction du fascicule concernant « Les Opérations ».

Travaux Personnels

I. — Grossesse, Accouchement, Suites de Couches

Chancre du col chez la femme enceinte. *Gynécologie et Obstétrique, 1920, tome II, n° 2.*

Observation d'une femme hospitalisée à la Pitié et présentant un chancre syphilitique au niveau du col de l'utérus. Ce chancre fut la cause d'une dystocie absolue et M. Brindeau dut pratiquer une césarienne vaginale qui permit d'extraire une fille vivante. A propos de cette observation, les données classiques, concernant la syphilis et la grossesse, sont rappelées. En particulier, dix observations ont été retrouvées, dans lesquelles un chancre du col fut cause de dystocie. Les conclusions montrent la nécessité, dans des cas analogues, d'intervention soit par voie haute, soit par voie basse.

♧

Contribution a l'étude du sang pendant la grossesse et après l'accouchement. Dosage du sucre. *(En collaboration avec MM. Boutot et Clogne). Gynécologie et Obstétrique, 1922, tome V, n° 5.*

Les dosages de sucre ont été faits soit chez des femmes enceintes, normales, à terme ou près du terme, soit chez

des accouchées allaitant leur enfant. Les conclusions sont les suivantes : 1° Chez la femme à terme ou près du terme, la teneur du sang en sucre est légèrement inférieure à la teneur normale. Il est possible que ce fait s'explique par l'augmentation de la masse totale du sang chez la femme enceinte ;

2° Chez la femme allaitant, la teneur du sang en sucre est plus élevée que chez la femme enceinte, plus élevée même que la teneur normale, si on prend les chiffres de la majorité des auteurs. La durée de l'allaitement ne semble pas influencer la glycémie.

Des dosages de sucre dans un certain nombre de cas pathologiques ont donné des résultats très discordants, qu'il ne nous a pas paru possible d'interpréter.

❧

L'anesthésie rachidienne en obstétrique. *Gynécologie et Obstétrique, tome IX, 1924, n° 4.*

Cet article rapporte brièvement l'historique de l'anesthésie rachidienne en obstétrique. Il énumère les cinquante-deux premiers cas observés à la clinique Tarnier. Les conclusions sont les suivantes. Il ne peut être question de faire systématiquement une A. R. dans les cas d'accouchements normaux. Ce mode d'anesthésie doit être considéré comme pouvant présenter des inconvénients sérieux. Il a cependant des avantages importants. L'anesthésie est immédiate et complète. Le col, le vagin, le périnée deviennent souples et paralysés. Les contractions utérines persistent et sont souvent, même, d'une intensité augmentée. La rétractilité de l'utérus, vidé de son contenu, est plus grande qu'habituellement. L'A. R. peut rendre de grands services au cas d'applications de forceps difficiles, dans certai-

nes extractions de siège, dans les cas d'hémorragies, pour les pelvitomies et les césariennes.

♧

Contribution a l'étude du Segment Inférieur chez la femme a terme ou récemment accouchée. Anatomie macroscopique et microscopique. (*En préparation*).

♧

Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte (*En collaboration avec M. A. Brindeau*) *Paris-Médical, 21 juin 1924.*

Le diagnostic de cette affection nous a paru plus complexe qu'il n'est dit habituellement. Il faut éliminer les cas de simulation, les cas, plus fréquents, d'exagération, et surtout les cas où les vomissements proviennent d'une maladie concomitante telle qu'une affection gastrique ou une affection du système nerveux, par exemple. Deux observation personnelles de tumeur cérébrale sont rapportées. Il semble qu'un certain nombre de cas existent où la mort de la femme a été attribuée aux vomissements incoercibles, alors que l'examen clinique avait été incomplet, et l'autopsie non faite, ou incomplètement faite. Les véritables vomissements incoercibles nous apparaissent, dans l'immense majorité des cas, comme le type des associations hystéro-organiques pouvant guérir par simple psychothérapie. Plusieurs observations personnelles nous ont montré que des vomissements incoercibles pithiatiques peuvent aboutir à un tableau clinique extrêmement grave et guérir cependant par simple persuasion.

Il est impossible de nier l'existence de vomissements incoercibles d'origine purement organique, et résistant à la persuasion. Mais nous n'en avons jamais rencontré encore, et en tous cas le diagnostic clinique entre les organiques et les pithiatiques nous paraît absolument impossible.

Les conclusions pratiques, c'est que l'isolement absolu est à la base de la thérapeutique des vomissements graves, et que les autres traitements ne doivent être employés que par surcroît.

Des observations classiques montrent, d'ailleurs, que les vomissements incoercibles ne sont pas propres à la femme enceinte et il nous a paru que la description de Mathieu et Jean-Charles Roux reste tout à fait exacte dans son exposé et dans ses conclusions.

♧

Psychothérapie et vomissements graves chez la femme enceinte. *Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1925 (Vigot).*

Reprise des idées exposées à l'article précédent. Publication d'observations personnelles et des statistiques d'ensemble, montrant qu'en cinq ans, tous les cas de vomissements graves, traités à la Pitié et à la Clinique Tarnier, ont guéri par simple psychothérapie quelle que fût leur allure clinique. Aucun avortement thérapeutique n'a été pratiqué.

♧

Note sur le forceps de Kjelland. *(En collaboration avec M. Brindeau). Gynécologie et Obstétrique, tome XI, 1925, page 199-206.*

Dans ce mémoire sont étudiées les caractéristiques du forceps de Kjelland. Nous rapportons, en outre, des ex-

périences faites sur la tête fœtale en dehors du bassin et dans un bassin de bronze, enfin, quelques observations cliniques. Les conclusions sont défavorables à l'instrument, qui nous a paru très inférieur au Tarnier et au Demelin.

♧

LE FORCEPS DEMELIN. *L'Hôpital, n° 152, octobre 1925* (*avec 3 figures*).

Notes pratiques sur les principaux avantages et le manuel opératoire du D8.

♧

LE FORCEPS DEMELIN. — *Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1925* (*Vigot*).

Etude comparée des trois types de forceps à branche divergentes, parallèles et convergentes ; les divers modes de traction. Exposé du mécanisme.

♧

LE PRONOSTIC DE LA GESTATION, L'ACCOUCHEMENT, DES SUITES DE COUCHES ET DES SUITES DE NAISSANCE, D'APRÈS L'INTERROGATOIRE ET L'EXAMEN DE LA FEMME ENCEINTE ; (*en collab. avec M. Vignes*) *Journal des Praticiens, 13 et 20 août 1921*.

♧

Bulletin de l'association des Externes : LA DÉLIVRANCE SPONTANÉE ET LA DÉLIVRANCE NATURELLE (*Mai 1921*). — L'EXAMEN DU BASSIN OSSEUX CHEZ LA FEMME ENCEINTE ; LES PRINCIPAUX BASSINS VICIÉS (*Juin 1921*). — LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ (*juillet 1921*). — RUPTURE DE L'UTÉRUS (*Septembre 1921*).

♧

Rupture utérine a terme, les deux gestations antérieures ayant été terminées par des sections césariennes. Hystérectomie. Guérison. (*En collaboration avec M. Vignes*). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 23 mai 1921.*

Observation d'une femme qui brusquement fit une rupture utérine à l'extrême début du travail. La pièce enlevée montre une première cicatrice sur la face antérieure. L'examen histologique de cette cicatrice prouve que la réparation a été parfaite. Une seconde cicatrice existe au niveau du fond, transversale. Elle est déprimée, et, histologiquement, la réparation est imparfaite. La rupture s'est faite immédiatement en arrière de la cicatrice du fond.

Gestation extra-utérine opérée 9 mois après la dernière menstruation. *Société d'Obst. et de Gynécologie de Paris, séance du 20 juin 1921. (En collaboration avec MM. Vignes et Lelièvre).*

Observation d'une primipare chez laquelle, à l'intervention, on trouva un fœtus enserré dans un sac membraneux, contenu dans la cavité abdominale, et un placenta contenu dans une trompe.

Œdème éléphantiasique de la vulve au cours de deux grossesses successives. (*En collaboration avec M. Doiteau*). *Société anatomique, juillet 1921 (Une photographie), p. 174.*

Observation d'une femme de 24 ans, à terme, présentant un œdème énorme de la vulve. Cet œdème constitue une masse grosse environ comme une tête d'adulte, développée

surtout aux dépens de la partie supérieure des grandes lèvres. Les petites lèvres sont peu œdématiées. Accouchement, délivrance, suites de couches normales.

Au cours d'une premiere grossesse, un œdème de la vulve était apparu vers le 4e mois. Il n'avait pas atteint un volume aussi considérable qu'au cours de la seconde grossesse. Il avait disparu complètement en un mois après l'accouchement. Au cours de la seconde grossesse, l'œdème était apparu vers le 4e mois, s'était développé progressivement, et n'avait donné lieu à aucun symptôme autre qu'une gêne mécanique. La femme suspendait cette masse dans une serviette et vaquait à ses occupations.

L'œdème a rapidement rétrocédé après l'accouchement.

♧

Le drainage par en haut de l'hématome intra-ligamentaire dans la rupture utérine sous-péritonéale. (*En collaboration avec M. H. Walter*). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 13 février 1922.*

Observation d'une femme de 30 ans, secondipare, amenée dans le service de M. Brindeau, après version faite en ville. Constatation d'une rupture utérine sous-péritonéale. La femme ne saignant plus, et son état général étant très grave, aucune intervention n'est pratiquée. Le lendemain, à l'anesthésie locale, un drain est placé, par la fosse illiaque, dans l'hématome intra-ligamentaire.

Suites : phlébite double. Guérison.

♧

Opération césarienne dans un cas de présentation de l'épaule. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 10 mars 1924.*

Observation d'une secondipare ayant déjà eu la premiè-

re fois une présentation de l'épaule. Malformation utérine, avec utérus bicorne à grand diamètre transversal. Rupture de la poche des eaux au début du travail et souffrance fœtale. Césarienne.

UN CAS DE GROSSESSE QUADRUPLE (*En collaboration avec M. Réglade*). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 10 mars 1924.*

Observation d'une femme de 31 ans, ayant deux enfants vivants. Troisième grossesse sans incident. Wassermann, Hecht négatif. A six mois ½, elle expulse un œuf intact contenant dans une seule poche amniotique 2 fœtus morts et momifiés ; puis deux filles vivantes pesant 1120 grammes. Ces deux enfants meurent au bout de quelques jours. Injection du placenta : les deux jumeaux vivants sont bi-vitellins.

RUPTURE SPONTANÉE D'UN KYSTE DU PAROVAIRE PENDANT LA GROSSESSE (*En collaboration avec M. Réglade*). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 7 juillet 1924.*

Observation d'une femme enceinte pour la 4e fois. Elle vient à la consultation alors que la grossesse évolue depuis 7 mois. On constate l'existence d'un kyste prævia.

Un mois après le kyste n'est plus retrouvé. La femme accouche à terme sans incident. Suite de couches normales : aucune tumeur à l'examen. Un an après, elle revient en consultation pour douleurs abdominales ; on retrouve un kyste, qui est enlevé.



Placenta prævia, rupture utérine, hysterectomie, guérison. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 13 octobre 1924.*

Observation intéressante à divers titres. La rupture même large des membranes n'a pas suffi à arrêter l'hémorragie. Le placenta a été entièrement décollé et extrait, le fœtus restant in utéro. Cette manœuvre n'a pas arrêté l'hémorragie. Elle n'a pas, par ailleurs, tué le fœtus. Celui-ci a été secondairement extrait par version. Cette dernière opération a été faite très prudemment, de même que l'extraction consécutive. Cependant le segment inférieur a été largement déchiré, d'où hémorragie importante. Cette hémorragie a été temporairement arrêtéc par simple tamponnement, mais l'hystérectomie a été nécessaire. La femme a guéri et a pu allaiter son enfant.

II. — Nouveau-Né

Les hémorragies méningées sous-dure-mériennes traumatiques du nouveau-né. — *Thèse Paris 1921.*

Travail d'ensemble, avec 35 observations. Une contribution personnelle semble avoir été apportée, à l'étude de la question, sur les quelques points suivants.

Etiologie. — La réunion de notre statistique, avec d'autres chiffres donnés par les auteurs, montre que : sur un nombre donné d'hémorragies méningées, un quart est consécutif à des accouchements spontanés par le sommet, un tiers à des extractions de la tête dernière, et le reste à des applications de forceps. Il faut donc noter le nombre élevé d'h. m. dans l'accouchement d'apparence normal. Les statistiques montrent également l'importance du modèle de forceps employé : les convergents sont moins traumatisants.

Anatomie pathologique macroscopique. — Description d'une technique particulière pour l'autopsie du système nerveux chez le nouveau-né, voisine de celle qu'avaient décrit Hauch et Meyer : il faut enlever aux ciseaux un volet à droite et un volet à gauche, en respectant un pont osseux et membraneux sur la ligne médiane, du front à l'occiput. La faux du cerveau et la tente du cervelet pourront ainsi être vues en place. Rareté des forures *localisées d'h. m.* Nous avons pratiqué, expérimentalement, des injections sous la dure-mère avec des liquides variés. Nous avons constaté que les injections au suif ne franchissaient pas la faux du cerveau ni la tente du cervelet, mais que celles-ci ne

limitaient pas les injections, plus fluides, d'onguent gris ou de liquide coloré. Cette absence habituelle de localisation est importante au point de vue clinique et thérapeutique.

Rareté extrême de la déchirure des sinus et de leurs affluents. Rareté de la déchirure de la faux du cerveau. Très grande fréquence de la déchirure de la tente du cervelet, en un point, toujours le même, près de l'extrémité antérieure du sinus droit. Fréquence d'un hématome au niveau de cette rupture.

Anatomie pathologique microscopique. — Grande diffusion possible des lésions dans l'épaisseur même de la substance nerveuse ; multiplicité des localisations.

Pathogénie. — 1° *Mécanisme des ruptures dure-mériennes.* Nous avons dû reprendre l'étude complète de la constitution anatomique de la tente du cervelet et de la faux du cerveau. Cette étude a été présentée à la Société anatomique, avec les pièces justificatives.

Les planches 1, 2, 3 et 4 concernent cette étude. A remarquer principalement les trois types possibles que présente la disposition des vaisseaux dans la tente du cervelet. Ces vaisseaux ont été très discutés par les auteurs. Leur rôle, dans la pathogéne de l'h. m., nous a paru important.

Nous avons institué une série d'expériences pour voir ce que deviennent les faisceaux constitutifs de la faux du cerveau et de la tente du cervelet quand on imprime au crâne fœtal des déformations variées.

Les figures 1, 2, 3 et 4 montrent les résultats des deux déformations primordiales : la verticalisation, par pressions sur l'occiput et la région frontale ; l'allongement antéro-postérieur, par pressions latérales. Nous avons étudié la mise sous tension des divers faisceaux et nous avons pu reproduire expérimentalement la rupture de la tente du cervelet, au lieu classique, là où elle siège au cas d'h. m.

(voir photographie n° 4). Nous avons pu ainsi démontrer la raison de cette localisation si constante, qui est une raison anatomique : en ce lieu se croisent deux bandes d'arrêt, alternativement tendues par la verticalisation, puis par l'allongement antéro-postérieur. Il y a là une région qui « souffre » toujours, quelle que soit la déformation subie, et qui se déchire en conséquence.

2° *Hémorragie produite par les ruptures dure-mériennes,* — très discutée. Nos planches 3 et 4 montrent la présence possible de vaisseaux. Nos constatations d'autopsie nous ont prouvé que les ruptures dure-mériennes étaient une origine non négligeable d'hémorragie.

3° *Les diverses origines de l'h. m. et le mécanisme des ruptures vasculaires.* — Rappel des diverses théories classiques. Expériences personnelles pour étudier les effets d'injections poussées dans diverses conditions de rapidité, de brusquerie ; — avec du suif, de l'onguent gris, etc. ; — par la veine cave supérieure ou le tronc veineux brachio-céphalique ; — sans préparation ou après lavage par injection dans le sinus longitudinal supérieur, etc. Nous sommes arrivés à créer ainsi, par exemple, des amas de suif rappelant tout à fait les hématomes trouvés par nous au cours d'autopsies, en particulier des amas dans l'épaisseur de la faux et de la tente. Avec l'injection « limite », pas trop importante ni trop brusque, on voit céder le fin réseau pie-mérien. Le rôle de l'hyperpression intravasculaire semble ainsi être mis en évidence, de même que l'importance de l'augmentation brusque de pression.

Symptômes. — Nous avons insisté sur la diffusion des symptômes, en général. La *ponction lombaire* ne nous a pas paru donner des résultats aussi faciles à interpréter qu'il est dit habituellement. Chez le nouveau-né, la piqûre accidentelle d'un vaisseau est d'une particulière fréquence. L'épreuve des trois tubes, l'absence de coagulation ont peu de valeur diagnostique. La xanthochromie du liquide n'est

intéressante que si le nouveau-né n'a pas d'ictère. En cas de doute, l'examen des globules blancs après centrifugation nous a paru un symptôme très fidèle : si ces globules blancs viennent d'un vaisseau piqué accidentellement, ils sont intacts ; dans l'hémorragie méningée, ils sont très rapidement désintégrés. Il faut enfin remarquer que la constatation d'une hémorragie méningée ne doit pas faire éliminer le diagnostic de réaction méningée inflammatoire. Nous avons publié l'observation d'un enfant, mort de méningite purulente à pneumocoque, chez lequel la ponction lombaire, faite la veille de la mort, avait fait poser le diagnostic d'h. m.

Nous avons également insisté sur la variabilité du *réflexe cutané plantaire*. L'étude de ce réflexe a été reprise ultérieurement par nous, avec M. E. Hartmann, et publié dans la *Revue Neurologique*.

Evolution et *pronostic*. — Pour le pronostic immédiat, nous n'avons pu que confirmer les théories classiques. Pour le pronostic à distance, M. Nageotte nous a permis de relever 126 observations de son service, enfants anormaux.

Dans 41 % des cas, il est possible de penser à un traumatisme obstétrical comme ayant contribué à la production de l'anomalie.

Traitement. — Avant tout prophylactique : éviter les causes de traumatisme, faire les interventions avec le maximum de prudence.

Comme traitement curatif : la ponction lombaire répétée.



LES HÉMORRAGIES MÉNINGÉES SOUS-DURE-MÉRIENNES DU NOUVEAU-NÉ. *L'Hôpital, n° 65, février 1922.*

LES HÉMORRAGIES MÉNINGÉES SOUS-DURE-MÉRIENNES. *Gazette des Hôpitaux, 18 mars 1922. Revue générale.*

♧

NOTE SUR QUELQUES DÉTAILS DE STRUCTURE ET SUR LA VASCULARISATION DE LA FAUX DU CERVEAU ET DE LA TENTE DU CERVELET CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. *Société anatomique, 29 janvier 1921, page 71-74 (Présentation de pièces).*

1° *Structure.* — La tente du cervelet est constituée par deux feuillets : le feuillet profond est formé, en particulier, de fibres transversales et de fibres antéro-postérieures. Ces dernières forment deux bandes, externe et interne. Le feuillet superficiel présente principalement des fibres formant un éventail qui, partant de l'extrémité antérieure du sinus droit, va s'épanouir sur le sinus latéral.

La faux du cerveau est constituée par deux feuillets identiques. Des fibres de renforcement forment un éventail, partant de l'extrémité antérieure du sinus droit. En outre de l'apophyse crista-galli partent des fibres qui forment un ruban parallèle au sinus longitudinal supérieur ; un espace plus ou moins fenêtré existe dans la partie inférieure, tiers antérieur.

2°) *Vascularisation.* — Rappel des descriptions précédentes, très contradictoires. Description de trois types observés au niveau de la tente. Au niveau de la faux, trois zones différentes : une antérieure peu vascularisée ; une moyenne avec quelques vaisseaux rares, mais longs et de calibre relativement important ; une postérieure, avec des vaisseaux nombreux mais fins.

♧

NOTES SUR LE RÉFLEXE CUTANÉ-PLANTAIRE, CHEZ LE JEUNE ENFANT, NOTAMMENT AU MOMENT DE LA NAISSANCE. (*En collaboration avec M. E. Hartmann*). *Revue neurologique, tome XXX, n° 4, avril 1923.*

Babinski, quand il décrivit le phénomène des orteils, nota que l'extension de l'orteil était normal pendant les premiers mois de la vie. La grande majorité des autcurs confirma cette manière de voir. Le fait paraissait donc établi. Cependant, plusieurs auteurs considéraient la flexion des orteils comme plus fréquente que l'extension chez le très jeune enfant. Nos recherches ont porté sur des enfants de moins de 15 jours et nous avons étudié notamment les réflexes pendant les toutes premières minutes de la vie. Les observations se divisent en 2 groupes : celles recueillies à la naissance chez des enfants ne présentant aucun mouvement spontané ; celles prises depuis la naissance jusqu'au 16ᵉ jour, enfants avec mouvements spontanés.

Dans les observations du 1ᵉʳ groupe, le réflexe a pu être recherché, dans certains eas, sur des enfants encore dans l'utérus (présentation du siège avee membre inférieur abaissé) ou sur des enfants extraits par césarienne. Le réflexe cutané-plantaire s'est toujours fait en flexion. Les réflexes de défense apparaissent rapidement. Ils sont earactérisés par le triple retrait du membre et s'aceompagnent le plus souvent de flexion du gros orteil. Les enfants extraits par eésarienne ont permis d'assister à l'ordre d'apparition des différents réflexes ; d'abord le réflexe pupillaire à la lumière, puis le réflexe eornéen ; puis quelques minutes plus tard le réflexe cutané-plantaire, suivis de peu des réflexes de défense.

Quant aux observations du 2ᵉ groupe, elles ont permis de constater que la réponse en flexion du réflexe cutané-plantaire est essentiellement transitoire, disparaissant habituellement en quelques minutes, plus rarement en quelques

jours, pour faire place au réflexe en extension qui est la réponse normale de l'enfant.

MALFORMATIONS VERTÉBRALES ET COSTALES. VOLUMINEUSE HERNIE LATÉRALE CONSÉCUTIVE. *Société anatomique, séance du 19 juin 1920 (une figure).*

Anomalie de la neuvième vertèbre dorsale, compensée par une bascule des vertèbres sus et sous-jacentes ; atrophie des 9e et 10e côtes gauches fusionnées en une côte rudimentaire ; création entre la 8e et la 11e côte d'un espace libre, faiblement obturé par une membrane, mal renforcée par des muscles atrophiés et troublés dans leurs insertions supérieures ; apparition d'une hernie sous-diaphragmatique qui repousse en dehors et en haut la partie inférieure du thorax.
(Pièce offerte au musée Dupuytren).

FISTULE BRONCHO-ŒSOPHAGIENNE CONGÉNITALE, DÉCOUVERTE A L'AUTOPSIE D'UN ENFANT DE 6 ANS. *Société anatomique, séance du 19 juin 1920.*

Cet enfant est mort de méningite tuberculeuse. Il avalait facilement tous les aliments solides ou liquides sans présenter de quintes de toux. A l'autopsie, on constate l'existence d'une fistule, faisant communiquer la face antérieure de l'œsophage et la paroi postérieure de la bronche gauche. Le conduit est oblique en avant et à gauche.



Un cas de cyanose congénitale paroxystique avec examen radiographique du coeur. (*En collaboration avec M. G. Variot*). *Société médicale des hôpitaux de Paris, 4 juin 1920. Archives de médecine des Enfants, 10 octobre 1920.*

Observation d'un enfant de deux mois et demie, présentant des crises de cyanose. L'auscultation montre l'existence d'un souffle systolique.

A la radiographie, la silhouette du cœur apparaît comme très agrandie, surtout dans le diamètre transverse. Il s'agit certainement d'une malformation congénitale.

♧

Malformations cardiaques avec cyanose sans souffle. *Société anatomique, séance du 16 octobre 1920.*

Présentation du cœur d'un enfant de 24 jours, présentant des communications interauriculaires et interventriculaire, aorte partant du ventricule droit, canal artériel et branches de l'artère pulmonaire perméables, oblitération du tronc de cette artère.

♧

Malformations craniennes avec exophtalmie (*En collaboration avec M. H. Walter*). *Société anatomique, séance du 16 octobre 1920 (une photographie).*

Présentation du crâne d'un enfant, ayant une soudure prématurée de la fontanelle antérieure et de la suture inter-pariétale. Les frontaux sont repoussés en avant et en dehors, et, entre eux, existe une large fontanelle. Exophtalmie par aplatissement de la voûte orbitaire.

♧

Présentation de pièces anatomiques dans un cas de céphalhématome bi-latéral (*En collaboration avec M. Variot*). *Société de pédiatrie, 19 octobre 1920.*

Ces pièces furent prélevées sur un enfant mort au 20e jour. Il semble qu'il y ait eu une véritable malformation osseuse et que cette dystrophie puisse expliquer le décollement du périoste.

♧

Malformation anale chez un nouveau-né hérédo-syphilitique (*En collaboration avec M. H. Walter*). *Société anatomique, février 1922.*

La mère de cet enfant, primipare, était paraplégique, son Wassermann était négatif, l'enfant présentait un pied bot. Le rectum s'abouchait dans la vessie. Le foie contenait du tréponème.

♧

Malformation duodénale avec occlusion chez un nouveau-né (*En collaboration avec M. H. Walter*). *Société anatomique, février 1922 (un dessin).*

Enfant mort à quatre jours, avec syndrôme d'occlusion, et hématémèse. L'autopsie montre la présence d'un estomac de dimension normale, d'un duodénum très dilaté, le grêle et les colons sont vides : rétrécissement sous-vatérien.

♧

Un cas de déformation céphalique intra-pelvienne. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 9 mars 1925 (Présentation d'un moulage).*

Bassin très rétréci ; engagement partiel précoce. Césarienne à terme. Déformation céphalique très accentuée. La

tête fœtale, coincée entre le sacrum et le pubis, s'est développé sur place, au-dessus et au-dessous des zônes de contact osseux, qui ont laissé leurs empreintes profondes et définitives.

♧

Notes sur les soins a donner au nouveau-né normal. *Concours médical 18 mai 1924*. Travail d'ordre essentiellement pratique.

III. — Médecine générale

Zona et paralysie radiculaire du membre supérieur (*En collaboration avec MM. Souques et Baudouin*). *Société de neurologie, séance du 7 mai 1914. — Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, n° 3 et 4, 1914-1915.*

Observation d'un cas de zona du membre supérieur avec superposition topographique des troubles éruptifs, sensitifs, moteurs, électriques et disposition radiculaire de ces divers troubles (3 figures, 2 schémas).

Tabès et Zona (*En collaboration avec MM. Souques et Baudouin*). *Société de neurologie, 11 juin 1914.*

Présentation d'un malade atteint de tabès et de zona du membre supérieur. Discussion du rapport possible entre ces deux maladies. Il semble que le zona ne soit pas plus fréquent au cours du tabès, que celui-ci ne puisse pas déterminer l'apparition d'éruptions zostéroïdes. Le zona et le tabès évoluent parallèlement, sans exercer d'influence l'un sur l'autre.

Zona du plexus cervical avec troubles moteurs (*En collaboration avec M. A. Lemierre*). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 8 novembre 1918.*

Observation d'un cas de zona cervical, avec superposition des phénomènes éruptifs, sensitifs et moteurs. La pa-

ralysie zostérienne des premières cervicales n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalée.

♧

Les troubles moteurs dans le zona (*En collaboration avec M. E. Baudouin*). *Gazette des Hôpitaux, 27 et 30 décembre 1919*. Revue générale, faite à propos des observations publiées par notre maître M. Souques, dans la *Revue Neurologique*.

♧

Deux cas d'amyotrophie progressive type Aran-Duchesne, d'origine syphilitique (*En collaboration avec M. Souques et Baudouin*). *Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, n° 5 et 6, 1914-1915*.

Observation d'une méningomyélite diffuse, pseudo-systématique d'origine syphilitique et d'un tabès (7 figures).

♧

Hyperalbuminose énorme du liquide céphalo-rachidien, dans un cas de coagulation massive (*En collaboration avec M. A. Souques*). *Société de neurologie de Paris, séance du 8 janvier 1920*.

Observation d'un homme de 27 ans, syphilitique, et ayant très probablement un mal de Pott de la colonne lombaire. La ponction faite entre D^9 et D^{10} donne un liquide absolument normal. La ponction faite entre L^4 et L^5 donne un liquide jaune clair, coagulant spontanément, contenant une leucocytose assez importante, 2 grammes 75 de fibrine et 42 gr. 85 d'albumine, chiffres véritablement énormes et qui ne semblent pas encore avoir été constatés dans le syndrome de Froin.

♧

La coagulation massive et spontanée du liquide céphalo-rachidien. *Revue neurologique 1920, n° 4, page 339-351.*

Cette étude, d'un phénomène relativement exceptionnel, renferme l'analyse des 38 observations publiées et d'un certain nombre de cas frustes, dans lesquels la coagulation a été partielle, ou bien non spontanée, mais facilement provoquée. Il semble que la lésion anatomique, cause du phénomène, est la transformation du cul-de-sac inférieur en cavité close. Cette disposition anatomique peut être réalisée soit par une symphise méningée, soit par une compression, de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. Il est possible de concevoir un cloisonnement transitoire, par œdème, au dépôt fibrineux par exemple. La coagulation massive du liquide céphalo-rachidien est le témoin clinique de transformations profondes de ce liquide, consistant, avant tout, en l'augmentation souvent énorme de l'albumine et l'apparition de la fibrine. Elle s'accompagne, le plus souvent, de xanthochromie.

Ramollissement cérébral avec leucocytose dans le liquide céphalo-rachidien, ayant simulé l'encéphalite léthargique (*En collaboration avec M. E. Baudouin*). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 20 février 1920.*

Observation d'une femme de 57 ans, hospitalisée dans le service de M. Souques, chez laquelle le diagnostic d'encéphalite léthargique avait été porté en raison d'une somnolence progressive et persistante, avec troubles oculaires et fièvre. L'autopsie montra la présence d'un foyer de ramollissement très étendu. Quatre observations antérieures montrent la possibilité de réaction leucocytaire importante dans le liquide céphalo-rachidien, au cours de ramollissement étendu.

Traumatisme et tuberculose pleuro-pulmonaire (*En collaboration avec M. A. Lemierre*). *Société Médicale des hôpitaux de Paris, séance du 10 mai 1918.*

Trois observations, où l'influence du traumatisme, sur le développement de la tuberculose pleuro-pulmonaire, se montre avec évidence. Dans deux cas, une tuberculose, latente jusqu'alors, a pris une allure galopante sous l'influence du traumatisme. Chez le troisième malade, la tuberculose ne s'était pas encore manifestée, quand une simple contusion thoracique a été presque immédiatement suivie du développement d'une pleuro-tuberculose aiguë.

♧

Un cas de bilharziose vésicale traitée par les injections intra-veineuses de chlorhydrate d'émétine (*En collaboration avec M. A. Lemierre*). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 21 juin 1918.*

Observation d'un malgache lépreux présentant des hématuries. A l'examen du sédiment urinaire, présence de très nombreux œufs de Schistosomum haematobium.

Disparition des hématuries et des œufs après traitement à l'émétine.

♧

Parotidite, orchi-épididymite et thyroïdite au cours d'une septicémie méningococcique a forme de fièvre intermittente. Réaction méningée discrète. Diagnostic par la réaction agglutinante. (*En collaboration avec M. A. Lemierre*). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Séance du 23 mai 1919.*

Observation d'un soldat de 43 ans qui a présenté pendant 4 mois des accès fébriles, survenant chaque soir et ressem-

blant à des accès palustres. L'infection a provoqué des localisations glandulaires multiples, des éruptions cutanées, des douleurs vives dans les membres inférieurs avec atrophie musculaire de ceux-ci. Il n'a pas été possible d'isoler l'agent causal de la maladie, mais le sérum agglutinait le méningocoque A à 1/50. La guérison fut rapide, par injections sous-cutanées de sérum spécifique.

♧

Evolution de l'éosinophilie sanguine au cours de l'ankylostomose duodénale (*à propos d'un cas personnel*) (*en collaboration avec M. A. Lemierre*). *Annales de Médecine, décembre 1920, n° 4, page 409-417.*

Observation d'un homme de 58 ans, instituteur colonial, atteint d'anémie grave par ankylostomose, traitée avec succès par le thymol. Le point le plus intéressant a été l'évolution de l'éosinophilie qui, de 16 % avant le traitement, est montée jusqu'à 37 % environ trois semaines après la deuxième prise de thymol, pour redescendre ensuite graduellement. L'exposé de certains faits du même ordre a été fait par divers auteurs. L'éosinophilie hydatique évolue de façon différente. La pathogénie de ces faits est obscure. Des hypothèses peuvent seules être imaginées.

♧

Les résultats des méthodes actuelles de traitement dans les principaux cancers. *Revue Médicale française, décembre 1920, page 257 à 265.*

Revue générale concernant les statistiques publiées au sujet des résultats immédiats et éloignés de la thérapeutique soit chirurgicale, soit par rayons X ou radium.

Recueils de Leçons cliniques

Deux cas d'atrophie musculaire Charcot-Marie

Conférence faite par M. Souques, recueillie par MM. Baudouin et Lantuéjoul. (*Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, 1914-1915, n° 3 et 4*).

♧

Les attitudes vicieuses des membres

Par M. Demelin, leçon recueillie par Lantuéjoul (*Progrès Médical, 25 mai 1921*).

♧

Procidence du cordon

Par M. Demelin, leçon recueillie par Lantuéjoul (*Progrès Médical, 20 août 1921*).

♧

Considérations sur l'anatomie de l'utérus avant et pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

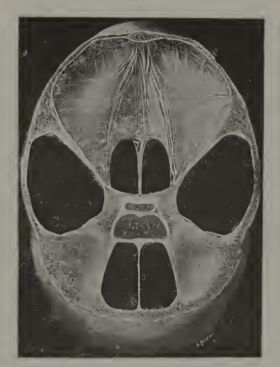
Par M. Demelin, leçon recueillie par Lantuéjoul (*Progrès Médical, 3 septembre 1921*).

♧

Dix leçons sur le forceps

Par M. Demelin, recueillies par Lantuéjoul (*Progrès Médical, 6, 20, 27 octobre, 3, 17 novembre, 22, 29 décembre 1923 ; 12 janvier, 2 février 1924*).

Planche 1



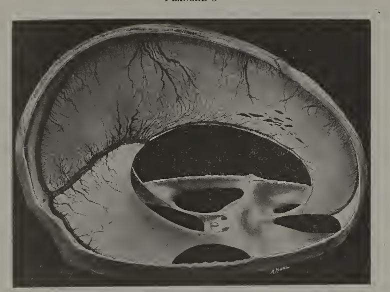
Feuillet inférieur de la tente du cervelet
(crâne sectionné à la base et vu par sa face inférieure)

Planche 2



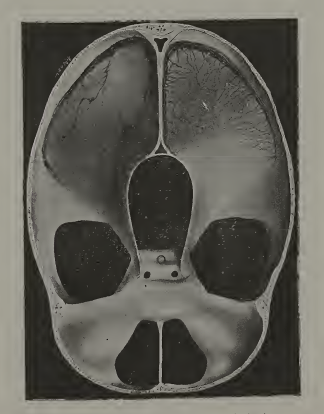
Faux du cerveau et feuillet supérieur de la tente du cervelet
(crâne sectionné à la base ; parties osseuses latérales enlevées ; vue latérale)

Planche 3



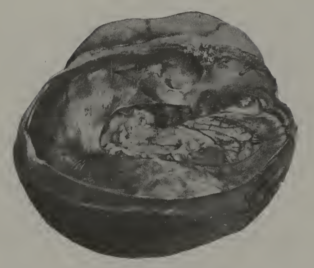
Vaisseaux contenus dans la faux du cerveau ; premier type de vaisseaux contenus dans la tente du cervelet

Planche 4



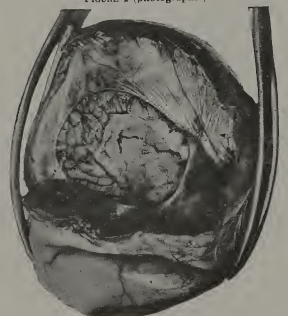
Deuxième et troisième modes de vascularisation de la tente du cervelet

FIGURE 1 (photographie)



Le pariétal, une partie du frontal et de l'occipital, l'hémisphère ont été enlevés du côté gauche, découvrant la faux et la tente (position normale)

FIGURE 2 (photographie)



Compression antéro-postérieure, verticalisant le crâne

Figure 3 (photographie)



Compression latérale : le crâne est allongé dans le sens antéro-postérieur

Figure 4 (photographie)



Le crâne est à nouveau verticalisé : rupture incomplète de la tente du cervelet

Travaux personnels de 1926 à 1933

I. — Grossesse, Accouchement, Suites de couches

Un cas de fibrome utérin cause d'hémorragie intra-péritonéale, dans les suites de couches. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 14 juin 1926.*

Primipare de 32 ans présentant un fibrome du volume d'un poing, au niveau de la corne gauche. Elle accouche à terme d'une fille en présentation du siège, fille pesant 3130 grammes Au cinquième jour, la femme présente quelques vomissements, le ventre est sensible, en particulier au niveau du fibrome. Le sixième jour au matin, température 37°4, pouls 80, bien frappé, état général bon ; mais la malade a vomi dans la nuit, le fibrome est nettement douloureux, et on décide d'intervenir, pensant à une dégénérescence du fibrome. A l'ouverture du péritoine on constate que l'abdomen contient du sang. Le fibrome est recouvert d'un réseau variqueux. L'hémorragie provient de la rupture d'une de ces varices. Myomectomie. Guérison.

Cette observation est à rapprocher des cas rapportés par Mrs. Ernst et S. A. Gammeltoft dans les « Acta Gyrécologiea Scandinavica » 1921, volume I fascicule I. Mais dans la plupart des observations rapportées, le syndrome d'hémorragie

interne était au premier plan. Dans notre cas, au contraire, les signes cliniques étaient très peu accentués.

Accouchement par les voies naturelles d'une femme ayant subi, un an auparavant, une césarienne basse pour bassin rétréci. *Gynécologie et Obstétrique, tome XIV, page 353, 1926.*

Observation montrant la solidité de la cicatrice utérine après césarienne basse.

Manœuvres pour faciliter l'engagement de la tête saisie par le forceps au détroit supérieur. *Gynécologie et Obstétrique, tome XIII, page 343, 1926.*

Rappel de l'historique concernant les attitudes de la femme au cours de l'accouchement et leur influence sur le bassin. La manœuvre préconisée consiste, après application du forceps et mise de la tête sur le diamètre favorable, à placer la femme en position de Crouzat. Puis, pendant que l'opérateur tire très en bas, il prie les aides de fléchir lentement les cuisses sur le bassin, de manière à mettre en somme la femme en position obstétricale normale.

La manœuvre peut être répétée à plusieurs reprises. En général, on voit l'engagement s'effectuer dès la première manœuvre, s'il n'existe pas de disproportion entre la tête fœtale et le bassin. Cette manœuvre a été tentée six fois, elle a réussi cinq fois ; elle a échoué une fois, alors qu'elle était faite à titre expérimental sur un enfant mort dans un bassin rétréci.

Le mécanisme de l'engagement dans ces conditions a pu être étudié sur une femme morte la veille, après accouchement à terme. On a pu constater ainsi qu'au cours de la

manœuvre la symphyse tourne autour du pariétal antérieur, immobilisé par la traction du forceps. En outre, en faisant varier la situation du bassin, on fait varier l'axe d'engagement.

Sur un cas de kyste de l'ovaire tuberculeux chez une femme enceinte. *(en collaboration avec M. Cartier). Gynécologie et Obstétrique, tome XV, page 36, 1927.*

Observation intéressante surtout par deux points. Un premier point, c'est la difficulté très grande du diagnostic entre kyste de l'ovaire et ascite. Le deuxième point, c'est la présence dans le liquide kystique de nombreux bacilles de Koch et la tuberculisation du cobaye injecté. Aucun autre foyer tuberculeux n'existait chez cette femme qui a toujours joui d'une santé parfaite. Il est intéressant de rapprocher cet épanchement à bacilles de Koch de certaines hydarthroses simples et des hydrocèles dites essentielles où la seule présence du bacille de Koch a révélé la nature bacillaire de ces affections.

De la rachianesthésie en obstétrique. *(En collaboboration avec M. Brindeau). Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 4 avril 1927.*

Étude de l'action clinique de L'A. R. de ses contre-indications et indications. La véritable indication est, pour nous, la césarienne abdominale, parce que l'hémorragie est presque complètement supprimée. Un autre avantage est que les femmes ne sont pas choquées. Notre statistique porte sur 296 cas de l'A. R, dont 148 césariennes. Nous avons eu 2 morts à déplorer, par syncope. Quant aux complications, nous avons observé : une rétention d'urine ayant duré

deux mois et une paralysie de la sixième paire ayant duré 8 jours.

En résumé, si l'A. R, ne présentait aucun danger ce serait le mode d'anesthésie idéal pour les opérations obstétricales. Malheureusement elle est encore dangereuse. Encore faut-il remarquer que l'anesthésie générale présente aussi ses dangers, qui ne peuvent être niés.

✿

Sur les applications hautes de forceps. (*En collaboration avec M. Brindeau*). *Gynécologie et Obstétrique, tome XV, page 404 1927.*

Notes à propos du mémoire de J. C. Llames Massini. Discussion de la prise antéro-postérieure invertie : la tête est mobilisée, l'accommodation détruite, et les tractions plus pénibles. La flexion préalable paraît plus facile à faire avec le forceps Demelin qu'avec le Tarnier. Il ne semble pas bon de chercher systématiquement à engager la tête sur un diamètre oblique. Il semble préférable de varier selon les cas, en prenant d'abord comme diamètre d'engagement celui sur lequel la tête s'est spontanément placée. Enfin le forceps non croisé permet des mouvements d'inclinaison volontaire. Avec M. Massini il faut écrire que le fait important est de considérer le forceps, dans les applications difficiles, comme un instrument non pas seulement destiné à opérer des tractions, mais encore, et peut être surtout, capable de manœuvrer en tous sens, pour faciliter l'extraction et imposer à la tête fœtale le traumatisme minimum.

✿

Sur les difficultés du pronostic dans certains cas de fibrome et grossesse. *Congrès des Gynécologues de langue française 1929.*

1re Observation : Une femme de 39 ans primipare qui,

au cours de sa grossesse, fit à plusieurs reprises un syndrôme d'occlusion par compression intestinale due à de volumineux fibromes. Cette femme failli être opérée à diverses reprises ; elle put cependant aller à terme et accoucher d'une fille pesant 3.500 grammes.

2e Observation : Femme de 40 ans ayant accouché 2 fois par application de forceps. A la fin de sa troisième grossesse on constate, pour la première fois la présence d'un petit fibrome implanté sur la face postérieure du segment inférieur. Ce petit fibrome descend dans l'excavation et oblige à faire une césarienne suivie d'hystérectomie.

Ce que l'on doit entendre par segment inférieur de l'utérus. (*Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Vigot 1929* (*9 figures*).

Étude clinique du segment inférieur. Exposé historique. Étude anatomique de la zone décollable du péritoine, de la veine circulaire, de la formation du segment inférieur, de l'orifice interne, du segment inférieur proprement dit. Une série d'observations, faites au cours de césariennes basses, des pièces prélevées au cours de ces opérations, et au cours de césariennes vaginales, enfin deux pièces d'autopsie ont permis de faire ce travail. Parmi les conclusions, on peut citer les suivantes : l'étendue de la zone décollable apparaît comme une disposition anatomique tout individuelle qui ne semble pas modifiée, ni par la durée du travail, ni par la présentation, ni par la multiparité. Même avec un segment inférieur bien formé, avec une partie de l'utérus bien amincie, bombant sur une tête fœtale élevée, la ligne de solide attache peut se trouver placée en pleine zone épaisse ; ce n'est pas la règle mais les exceptions sont nombreuses. La formation du segment inférieur dépend essentiellement de deux facteurs : la présentation et la durée du travail. Il n'y a pas

de doute sur la présence de fibres musculaires sur toute l'épaisseur du segment inférieur, et non pas uniquement au niveau de la zone sous-péritonéale. Le tissu conjonctif est beaucoup plus important qu'au niveau des régions supérieures, mais il n'étouffe pas encore le tissu musculaire. Il semble qu'il y ait dans le segment inférieur des formations conjonctives en voie de transformation musculaire, ou inversement, et qui prennent mal les colorants. Cette difficulté d'interprétation des coupes explique certainement les différences d'opinion des auteurs.

L'application de forceps au détroit supérieur. *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Vigot, 1930.*

Historique de la question avec étude du passage de la tête première et de la tête dernière à travers le détroit supérieur. Les raisons mécaniques du danger de la manœuvre. Parallèle entre la version et l'application de forceps élevée. Les possibilités de manœuvres avec un levier ou une branche de forceps Demelin faisant levier. Intérêt de l'attitude à donner à la femme, et en particulier des variations de l'attitude de la femme au cours même de l'opération, selon la technique qui a été décrite dans un travail antérieur (*Gynécologie et Obstétrique, page 343, tome XIII, 1926*).

L'application de forceps au détroit supérieur doit être une opération d'exception, surtout actuellement où elle peut être remplacée par une opération de Zarate. Elle est parfois une opération de nécessité et peut donner de bons résultats, à condition de savoir manœuvrer.

Utérus unicorne avec corne accessoire rudimentaire ; grossesse dans la corne rudimentaire ; rupture spontanée. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 7 mars 1932 (Présentation de la pièce).*

La pièce présentée semble tout à fait comparable à celle de Tiedemannj-Czihak reproduite dans *La Pratique de l'Art des Accouchements.* L'utérus est constitué par un col et deux cornes. La corne droite est bien développée, de forme allongée ; la corne gauche est représentée par une poche largement ouverte au dehors, qui est manifestement la cavité ovulaire rompue. Cette corne gauche, corne gravide semble bien être borgne interne. Aucune communication n'a pu être retrouvée entre elle et le col, même en injectant du lipiodol dans le col, sous rayons. La grossesse aurait eu lieu par le mécanisme de la migration externe de l'ovule ou du spermatozoïde.

Il s'agissait d'une femme de 20 ans qui a eu une première grossesse normale, suivie d'un accouchement normal. C'est évidemment la corne droite qui avait été alors gravide. La deuxième grossesse s'est terminée vers 3 mois par une hémorragie intra-péritonéale, suivie de mort.

ꝏ

Un cas de tuberculose génitale chez la femme. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 4 juillet 1932.*

Femme âgée de 28 ans venue consulter pour stérilité. Elle est mariée depuis 5 ans. Après le mariage les règles ont disparu. Depuis 5 ans, cette femme n'est donc plus réglée. A l'examen, aucun autre symptôme anormal que la présence au niveau du col de végétations papillomateuses. L'examen de ces végétations montre qu'il s'agit d'une tuberculose folliculaire typique. Au cours d'une hystérec-

tomie totale, on a constaté la présence d'une péritonite chronique plastique, avec lésions étendues au corps utérin, aux trompes et aux ovaires. Le mari était porteur d'une épidymite tuberculeuse, bi-latérale, fistulisée, très ancienne. Dans l'écoulement urétral, il n'a pas été possible de trouver de bacilles de Koch.

Cette observation de tuberculose génitale chez une femme manifestement contaminée par son mari est à rapprocher des faits cités dans le Mémoire de Louis Bonnet et Henri Bulliard (*Gynécologie et Obstétrique*, août *1929*). Elle est intéressante en raison de l'extension des lésions, coïncidant avec un minimum de signes cliniques.

೨೭

Considérations sur les vomissements incoercibles au cours de la grossesse. (*En collaboration avec M. Brindeau*) (*25 janvier 1933*, *Presse Médicale*).

La pathogénie des vomissements incoercibles a donné lieu à de nombreuses discussions ; des conclusions thérapeutiques ont été tirées des diverses pathogénie sproposées. Mais il est un fait, c'est qu'actuellement on pratique beaucoup moins d'avortement thérapeutique dans ces cas. En réalité les traitements les plus variés semblent tous donner d'excellents résultats. Il semble bien qu'il faille revenir à la conception qu'ont exposée autrefois Mathieu et Jean-Charles Roux. Il est possible qu'il existe des vomissements graves purement organiques, mais, dans l'immense majorité des cas, pour que les vomissements revêtent une allure grave, il faut qu'à un élément organique se surajoute un élément psychique dominant. La plupart des vomissements dits incoercibles, guérissent par psychothérapie, et avant tout par l'isolement. Mais il faut connaître le grand nombre d'erreurs de diagnostic.

Description de la méthode habituellement employée et

qui, depuis plus de dix ans, a permis la guérison de tous les cas rencontrés.

೨೭

Les indications de l'épisiotomie (*A l'impression*).

Les indications de l'épisiotomie sont posées de façon très différentes suivant les auteurs. Il en résulte que cette petite intervention est par les uns très souvent pratiquée, par les autres au contraire exceptionnellement faite. Classiquement l'épisiotomie a essentiellement pour but d'éviter les lésions graves du périnée, en particulier la déchirure du rectum. Certains auteurs la pratiquent même quand aucune déchirure apparente n'est à craindre. Ils estiment éviter ainsi les dislocations profondes du périnée. Pour d'autres auteurs, la section périnéale n'est guère préférable à la déchirure spontanée. Ils pratiquent l'épisiotomie dans un but tout différent qui est d'éviter au fœtus le traumatisme dû à la résistance du périnée. Discussion de ces diverses opinions et des cas où l'épisiotomie paraît conserver son intérêt.

೨೭

Les infections d'origine bucco-dentaire au cours de la puerpéralité. (*En collaboration avec M. Dechaume*) (*A l'impression Presse Médicale*).

Les origines des infections dans les suites de couches peuvent être multiples. Leur origine amygdalienne ou pharyngée a été en particulier récemment admise. Le rôle possible des infections focales bucco-dentaire doit être discuté. Rappel des observations antérieures attribuant à des lésions dentaires soit des infections généralisées soit des avortements. Discussion du mode de contamination, soit direct par la femme qui se souille les mains portées à la bouche, soit indirect par voie sanguine par exemple.

Observations, de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, d'abcès du sein à streptocoques par contamination directe possible. Observation d'une infection grave dans les suite de couches, chez une femme porteuse d'un foyer dentaire infecté, et chez laquelle des streptocoques ont pu être identifiés dans le foyer dentaire et dans la cavité utérine. Toutes les observations de cet ordre doivent être interprétées avec prudence. Il n'en reste pas moins qu'il y a un grand intérêt à supprimer chez les femmes enceintes tout foyer infectieux et qu'en conséquence une liaison étroite doit être établie entre l'accoucheur et le stomatologiste.

II. — Nouveau-Né

Absence des signes cliniques habituels chez un nouveau-né présentant des fractures multiples du crane avec hémorragie méningée importante. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 8 novembre 1926.*

Extraction, par application de forceps, d'un enfant pesant 3.050 grammes, en présentation de la face. L'enfant est un peu cyanosé, mais les battements du cœur sont normaux et les mouvements respiratoires apparaissent presque aussitôt. Très rapidement l'enfant se met à respirer normalement, et à crier. Le cri est un peu enroué. A l'examen, outre la bosse séro-sanguine habituelle des présentations par la face, on remarque au niveau de la région pariétale gauche une tuméfaction extrêmement molle. L'enfant meurt le lendemain sans avoir présenté rien de particulier du côté battement cardiaque, respiration ou coloration. A l'autopsie, on trouve des lésions traumatiques très importantes : fractures multiples du crâne, déchirure de la dure-mère, lésion directe de l'encéphale, hémorragies méningées cérébrale et spinale. Mais l'hémorragie péri-bulbaire était peu importante, le bulbe semblait intact et peu comprimé.

Il est vraisemblable que c'est cette intégrité relative du bulbe qui explique le peu de signes cliniques au moment de la naissance, malgré l'importance extrême des lésions anatomiques.

Emploi de la pompe a lait électrique après accouchement gémellaire. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 10 décembre 1928*).

Observation montrant comment l'emploi de la pompe électrique peut permettre de nourrir des enfants débiles avec le lait maternel, sans imposer à la mère des manœuvres douloureuses et en laissant guérir des crevasses antérieures. La pompe électrique est un instrument qui marque un progrès considérable sur les méthodes anciennes. Elle est, en particulier, très préférable au tire-lait habituellement employé.

Les hémorragies intra-craniennes du nouveau-né. *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Vigot, 1931.*

Nouvelle étude de ces hémorragies faites à la suite des travaux de Voron et Pigeaud sur le rôle étiologique de la syphilis. Hauch, par contre, n'a pas l'impression que la syphilis joue un rôle aussi capital.

Statistique de Cartier qui trouve sur 338 autopsies 44 cas d'hémorragies intra-craniennes macroscopiques. Étude anatomique et clinique.

Fièvre prolongée d'allure typhoïde chez un nourrisson, après vaccination par le B. C. G. (*En collaboration avec M. Jean Hutinel*). *Société Médicale des Hôpitaux, séance du 12 juin 1931.*

Observation d'une enfant née à 7 mois et demi de mère saine et de père tuberculeux. Après l'ingestion de 3 doses de B. C. G. l'enfant a présenté un état fébrile d'allure typhoïde ayant duré un mois, avec météorisme abdominal,

tuméfaction de la rate et crises de cyanose. Malgré ces symptômes alarmants, l'augmentation de poids a été normale.

Il est vraisemblable qu'il s'est agi d'une typho-bacillose à B. C. G. L'enfant, revue au bout de 6 mois, paraît bien portante. Deux cuti-réaction ont été négatives.

LE DIAGNOSTIC DES HÉMORRAGIES MÉNINGÉES DU NOUVEAU-NÉ. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 septembre 1931.*

Rappel des divers éléments du diagnostic, de la fréquence des formes frustes, de la possibilité des hémorragies localisées, et enfin de l'importance de la ponction lombaire pour le diagnostic comme pour le traitement.

UN CAS DE POLYDACTYLE FAMILIALE (*Présentation de malade*). *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 7 novembre 1932.*

Présentation d'un nouveau-né présentant une polydactylie bi-latérale et symétrique au niveau des mains et un orteil surnuméraire, avec hérédité maternelle particulièrement nette (Deux figures).

QUELQUES CAS DE MORTS INEXPLIQUÉES DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ. *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, janvier 1933 (A l'impression, Vigot).*

Étude clinique de quelques observations soit de mort

de fœtus au cours de la grossesse prolongée ; soit de mort de fœtus, au cours du travail ; soit enfin de mort de nouveau-né, dans les premiers jours ayant suivi la naissance. Exposé des causes habituelles de la mort du fœtus ou du nouveau-né Discussion des hypothèses qui peuvent, dans une certaine mesure, permettre de comprendre la mort dans les observations précédemment données. Discussion en particulier du rôle de la syphilis dans la pathogénie de la grossesse prolongée et de la fragilité du fœtus au cours de ces grossesses. Le rôle de l'insuffisance placentaire ou du trouble des échanges placentaires peut également être en cause. Les études génétiques ont montré chez certains individus (plantes ou animaux) la possibilité d'un facteur létal, dont l'existence peut être envisagée dans l'espèce humaine. Enfin les conclusions d'ordre thérapeutique peuvent être tirées avec prudence : discussion de la valeur de la césarienne, de l'accouchement prématuré.

Les infections génitales a gonocoques chez le nouveau-né (*En collaboration avec MM. Cathala et Seydel*) (*A l'impression Paris Médical*).

Les infections à gonocoques chez le nouveau-né ne semblent bien donner que des conjonctivites ; cependant un certain nombre d'observations d'infection génitale ont été publiées, à l'étranger en particulier. L'étude de ces observations a été reprise. Il semble qu'il s'agisse dans la majorité des cas d'infection secondaire. La contamination au moment de l'accouchement paraît très exceptionnelle. La vulve des petites filles, nées à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, a été systématiquement examinée. L'étude du bouchon muqueux vaginal, des écoulements génitaux a été reprise. La recherche du gonocoque a été faite dans

tous les cas. Aucune observation de vulvo-vaginite blennoragique n'a pu être faite. La possibilité de lésions latentes avait été discutée par certains auteurs. Les recherches, faites à Saint-Louis, n'ont pas confirmé cette hypothèse. Cependant la désinfection des organes génitaux du nouveau-né est à conseiller, quand la mère est porteuse de gonocoques, et surtout dans les cas de présentation du siège, car l'infection génitale est certainement plus à craindre dans ces conditions.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie Bussière. — 6-2-1933.